اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد

مسعود آهوان[۱]، عاطفه قوتی[۲] محمد یعقوبی[۳]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر از نوع پژوهش نیمه آزمایشی بوده که در آن از طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به منظور اجرای پژوهش، پس از هماهنگی های لازم با مرکز مشاوره، ابتدا جلسه ای جهت آشناسازی و جلب مشارکت دختران دانش آموز شامل رفتارهای آسیب به خود برگزار گردید. سپس پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ(YSQ -SF) ، افکار خودکشی بک (BSS) ، خودآسیب زنی سانسون (SHI) و پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان بر روی آنها اجرا شد و ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. به این ترتیب، طرحواره درمانی در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه گروهی اجرا شد و پس از اتمام جلسات، مجددا پرسشنامه های یادشده، توسط گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.پردازش داده های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره برای گروه ها انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روش آموزش گروهی طرحواره درمانی، بربهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش گروهی طرحواره درمانی، به واسطه تاثیرات ناشی از تکنیک های شناختی منجر به بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان شده است که به این اعتبار میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت های مختل، حوزه دیگر جهت مندی و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری و تنظیم هیجان گروه آزمایش افزایش پیدا کرده است.

کلید واژه‌ها: خودزنی، خودکشی، اختلال شخصیت مرزی، طرحواره ناسازگار اولیه،تنظیم هیجان، طرحواره درمانی

[۱] دانشجوی دکتری تخصصی، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد (نویسنده مسئول)

[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزشی عالی حکمت رضوی

کارشناس ارشد،مشاوره خانواده،دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان [3]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

مقدمه

بهداشت روانی دانش آموزان در سال های اخیر مورد توجه متخصصان قرار گرفته است(کلیتر [1] و همکاران،۲۰۱۰). نوجوانی مرحله ای انتقالی در زندگی محسوب می شود. این دوره با تغییرات روان شناختی و جسمانی و افزایش تمرکز بر بدن همراه است. در این دوره، نوع جدیدی از خودمحوری ایجاد می شود و آن ها تصور می کنند ظاهر و رفتارشان مرکز توجه دیگران است (مک آنیف زیدا، وکسیلیکا، ۲۰۰۱) [2] . همچنین در بعضی فرهنگ ها در نتیجه پیغام های منفی اطرافیان، دختران تشویق می شوند که به ظاهر خود توجه کنند(فاوازا، ۱۹۹۸). نوجوانی [3] یکی از حساس ترین دوران سنی زندگی هر فرد است، سال های بین ۱۱ تا ۱۵ سال که به طور معمول در مدارس راهنمایی و دبیرستان ها سپری می شود. سال هایی که عموما در سیستم آموزشی ما با حفظ کردن مفاهیم علمی و درسی و استرس امتحانات سپری می شود. در این سن، دختران در برابر مسائل اجتماعی با توجه به روحیه ذاتیشان بسیار آسیب پذیر هستند. آسیب هایی که ممکن است بر اثر فشارهای روحی ناشی از اجتماع و فضای پیرامون آن ها تاثیرات وحشتناکی بر آن ها بگذارد و اطرافیان حتی متوجه آن هم نشوند. تازه ترین هنجار شکنی نوجوانان که به یمن شبکه های مجازی خیلی زود رسانه ای شد، پدیده ای است که بین نوجوانان با اصطلاح خون بازی رایج است و جامعه از آن به عنوان خودزنی [4] یاد می کند. راه های خودزنی آدم ها متعدد است.خودزنی که با عنوان آسیب به خود هم شناخته می شود، یک مکانیسم مقابله ای است که توسط شمار زیادی از آدم ها انجام می شود. خودزنی نه تنها شامل با چاقو بریدن های کلیشه ای و مرسوم می شود بلکه از آن هم فراتر می رود و به هر عملی اطلاق می شود که شخص می تواند برای آسیب زدن عمدی به خود از آن استفاده کند. بیشتر راه های آسیب به خود بازوها، دست ها و مچ های افراد را درگیر می کند اما دیگر بخش های بدن مثل ران ها و شکم نیز معمولا به عنوان جاهایی برای خودزنی گزارش شده اند (تریسی [5] ،۲۰۱۶). یکی از معیارهای تشخیصی اختلال شخصیت مرزی، خودزنی است که به صورت تکرارشونده با استفاده از اجسام برنده مثل تیغ، در نواحی قابل دسترس بیمار مانند ساعد و بازو رخ می دهد. اطلاعات اخیر نشان می دهد ۸۰ درصد بیماران بستری با تشخیص اختلال شخصیت مرزی سابقه خودزنی دارند.

به دلیل شیوع فراوان چنین رفتارهایی از سال ۱۹۹۰ تاکنون توجه متخصصان بر رفتارهای خودآسیبی در نوجوانان معطوف شده است. در مقایسه با سایر افراد جامعه، رفتارهای خودآسیبی در دختران شیوع بیشتری دارد (هاوتون و همکاران، ۱۹۹۵) [6].البته، بسیاری از محققان بر تداوم این رفتارها در سال های بعدی زندگی تاکید کرده (پی ویو و مککو لو، ۲۰۰۴) [7] و اظهار داشته اند که رفتارهای خودآسیبی از سن ۶-۷۵ سالگی مشاهده می شود، اما بیش ترین میزان خودآسیبی در سنین ۱۴-۲۵ (۶۰٪) دیده شده است و میزان این رفتارها به تدریج با افزایش سن کاهش نشان می دهد (مولنکامپ، ۲۰۰۶) [8]. رفتارهای خودآسیبی تحت عنوان تخریب عمدی یا تغییر بافت های بدن، بدون قصد آشکار خودکشی تعریف شده است (فاوازا،۱۹۹۸).رفتارهای خودآسیبی به میزان زیادی در همه ی فرهنگ ها یافت می شود و از شایع ترین مشکلات در میان نوجوانان است (جاکوبسن،گویلد،۲۰۰۷) [9] نوجوانی به سال‌هایی اطلاق می‌شود که کودکی را به بزرگسالی می‌پیوندد. شروع نوجوانی با تغییرات بدنی همزمان می‌شود و در نتیجه ردیابی ظاهری آن آسانتر است. در حالیکه پایان آن بر حسب شکل‌گیری ساخت‌های عقلی و تغییرات عاطفی و اجتماعی نوسانی‌تر در نظر گرفته شده است. به همین دلیل برای کسانی که به ضابطه های ظاهری تکیه کرده‌اند، شروع نوجوانی رازیست شناختی و پایان آن را فرهنگی دانسته‌اند(کانجر و پیترسن ، ۱۹۹۸؛ به نقل از منصور، ۱۳۸۱).

اکثرکسانی که گرایش به خودکشی دارند، در اصل نمی خواهند بمیرند، آن ها صرفا می خواهند به درد و رنجشان (واقعی یا خیالی) پایان دهند و به عبارتی، نیازمند کمک هستند. خودکشی مرگی است که آگاهانه و از روی عمد برای نابودسازی خود صورت می گیرد که به اصطلاح خودکشی موفق نامیده می شود. در صورتی که عمل اقدام به خودکشی انجام گیرد، ولی منجر به مرگ نشود، آن را اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق می نامند که معمولا توصیف کننده کسانی است که گاهی زمینه را طوری فراهم می سازند که نجات پیدا کنند، هرچند درپاره ای از موارد ممکن است فریادرسی وجود نداشته باشد. اگر آسیب رساندن عمدی به بخشی از بدن خود بدون قصد مردن صورت گیرد، به اصطلاح

1 Cloutier
2 Mac Aniffzia & Kiselica
3 Adolescence
4 Sel - injury
5 Tracy
6 Hawton
7 Paivio & Mcculloch
8 Muehlenkamp
9 Jacobson & Gould

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

خودزنی نامیده می شود که در جهت بیان هیجانات منفی و دردناکی به کار می رود که از طریق کلمات قابل بیان نیست(حاجبی و همکاران، ۲۰۱۱).

در شصت و ششمین بهداشت جهانی در ماه مه ۲۰۱۳، اولین برنامه روان درمانی سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید. پیشگیری از خودکشی به عنوان بخشی جدایی ناپذیری از این طرح بود که به موجب آن کاهش میزان خودکشی در کشورها به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ هدف گزاری شد. میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در هر ۱۰۰۰۰۰ جمعیت(۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است. با این حال، از آن جا که خودکشی یک مساله حساس است، و حتی در برخی از کشورها غیرقانونی است، به احتمال بسیار زیاد کمتر از حد واقعی گزارش می شود. در کشورهای با درآمد بالا، مردان سه برابر بیشتر نسبت به زنان خودکشی انجام می دهند، اما در کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط، نسبت مرد به زن ۱/۵ است. در بسیاری از کشورها، بیش ترین میزان خودکشی در جوانان اتفاق می افتد و خودکشی در سطح جهان دومین علت اصلی مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال است(مروت دار، ملکوتی، ۲۰۱۴).

سیستم گزارش ملی مرگ خشونت آمیز، تعداد کودکان و نوجوانانی را که هرسال در اثر خودکشی می میرند،برآورد می کند(پرو و همکاران،۲۰۱۶). به دست آوردن تعداد دقیق دشوار است، زیرا بسیاری از خودکشی ها به علت های تصادفی نسبت داده می شوند یا قصد قربانیان معلوم نیست. به طور میانگین، هر سال تقریبا ۵۰۰۰ کودک و نوجوان در اثر خودکشی می میرند. در هر ۱۰۰۰۰۰ کودک و نوجوان، تقریبا ½ کودک بزرگتر (۱۰ تا ۱۴ ساله) و ۱۴/۵ نوجوان و جوان (۱۵ تا ۲۴ ساله) اقدام به خودکشی می کنند. این آمارها نشان می دهند که خودکشی دومین علت اصلی مرگ در نوجوانان پس از جراحات تصادفی است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری، ۲۰۱۶).شیوع خودکشی به سرعت رو به افزایش است.ظرف ۱۵ سال گذشته، میزان خودکشی در ایالات متحده ۲۴ درصد افزایش یافته است. بیشترین افزایش در دخترهای ۱۰ تا ۱۴ ساله بوده است.گرچه تعداد مطلق مرگ ها در اثر خودکشی در بین دخترهای خردسال تر نسبتا پایین مانده است (تقریبا ۱/۵ مرگ در هر ۱۰۰۰۰۰ دختر)، اما شیوع خودکشی در دخترهای خردسال تقریبا ۲۰۰ درصد افزایش یافته است (کورتین و همکاران، ۲۰۱۶).

افکار و اقدامات خودکشی در یک پیوستار، از اندیشه پردازی، برنامه ریزی، اقدام، و مرگ وجود دارند(کارسون، ۲۰۱۵). بهترین داده هایی که در رابطه با شیوع افکار و اقدامات خودکشی داریم از زمینه یابی ملی همزمانی اختلالات به دست می آید که اطلاعات از نمونه بیانگر ملی نوجوانان را شامل می شود (ناک و همکاران، ۲۰۱۳). در مجموع، ۱۲/۱ درصد نوجوانان، سابقه اندیشه پردازی خودکشی در طول عمر را گزارش داده اند، ۴ درصد گفته اند که یک برنامه خودکشی را تدوین کرده بودند، و ¼ درصد حداقل یک بار دست به خودکشی زده بودند. درصد نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده اند، اندکی بالاتر از درصد نوجوانانی است که برنامه خودکشی تدوین کرده اند، زیرا برخی از نوجوانان بدون اینکه از پیش برای اقدامات خود برنامه ریزی کرده باشند، اقدام به خودکشی می کنند. این داده ها نشان می دهند که افکار، برنامه ها، و اقدامات خودکشی در بین نوجوانان آمریکایی نسبتا شایع هستند. در کلاس دبیرستانی متشکل از ۲۵ دانش آموز، به طور میانگین ۳ دانش آموز اندیشه پردازی خودکشی و ۱ دانش آموز خودکشی برنامه ریزی شده یا اقدام شده داشته است.

اختلال شخصیت طبق تعریف DSM – IV- TR عبارت است از تجارب درون ذهنی و رفتاری با دوام که بر ملاک های فرهنگی منطبق نیست. نفوذی غیرقابل انعطاف دارد، از نوجوانی یا جوانی شروع می شود، در طول زمان تغییر نمی کند، موجب ناخشنودی فرد و مختل شدن کارهایش می شود. هرگاه صفات شخصیتی غیرقابل انعطاف و غیر انطباقی باشد و کارکردهای فرد را مختل می سازد یا رنج و عذاب درون ذهنی برایش ایجاد کند، تشخیص اختلال شخصیت را می توان مطرح کرد (کاپلان ، جلد ۲، ص ۴۰۹، ۲۰۰۷). بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [10] در مرز روان نژندی و روان پزشکی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلقی، رفتار، روابط آبژه ای و خودانگاره آنهاست. این اختلال را به نامهای اسکیزوفرنی موقت [11] ، شخصیت انگار [12]، اسکیزوفرنی شبه نوروتیک و اختلال منش سایکوتیک نیز خوانده اند. تاکنون هیچ مطالعه ای نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد. اما به نظر می رسد ۱-۲ درصد از جمعیت وجود داشته باشد و در زنها دو برابر مردها شایع است. شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به مصرف الکل و سوء مصرف مواد در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بیشتر از جمعیت عمومی است. ملاک های تشخیص به صورت بی ثباتی در روابط مرزی، خود انگاره [13] و حالت عاطفی و نیز آشکارا تکانشی بودن، به صورت الگویی نافذ و فراگیر از اوایل بزرگسالی شروع شده باشد و در زمینه های مختلف به چشم آید، که علامتش وجود حداقل ۵ مورد از علائم زیر است :۱- انجام تلاشهای مضطربانه توام با سراسیمگی برای اجتناب از ترک شدن واقعی یا تصوری. شامل

10 Borderline personality disorder
11 ambulatory
12 As – if personality
13 Self - image

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

رفتارهایی نظیر خودکشی یا خودزنی نمی شود. ۲- بی ثبات و شدید بودن روابط بین فردی به صورت الگویی که مشخصه اش تناوب میان دوقطب افراطی است.آرمان نهایی و بی ارزش نمایی ۳- اختلال و اشکال در هویت؛ بی ثبات بودن، واضح و دائم خودانگاره یا احساس فرد در مورد خودش ۴- تکانشی بودن لااقل در دوتا از حوزه هایی که بالقوه به فرد صدمه می زنند. مثلا خرج کردن پول، روابط جنسی، سوء مصرف مواد، بی ملاحظه رانندگی کردن، شکمبارگی که شامل رفتارهای خودزنی و خودکشی نمی شود. **۵- رفتار، ژست یا تهدید به خودکشی به صورت مکرر یا رفتارهای خودزنی های مکرر** ۶- بی ثباتی در حالت عاطفی به صورت واکنش پذیری آشکار خلق مثل ملال، تحریک پذیری، اضطراب شدید و حمله ای که چند ساعتی طول بکشد ۷- احساس پوچی مزمن ۸- نامتناسب بودن و شدید بودن خشم یا دشواری در تسلط بر خشم مثلا تند خود شدنهای پیاپی، نزاع کردن های مکرر و خشمگین بودن دائمی ۹- بروز افکار بدگمانانه (پارانوئید) یا علائم شدید تجزیه ای به صورت گذرا و در مواقع فشار روانی و استرس.

به باور یانگ، طرحواره های غیر انطباقی اولیه [۱۴] ،ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی درباره خود،دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند.این طرحواره ها،اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تعریف و افکار خودکارمنفی را فعال می کنند و در نهایت نگرش ها و پردازش های شناختی نا به هنجار را در پی دارند.(صادقی،۲۰۰۸). طرحواره های ناسازگار اولیه،الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات،هیجان ها،احساس های بدنی و شناخت واژه ها تشکیل شده اند و با جنبه های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده اند و به شیوه ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهایی تکرار می شوند.(نظری و همکاران،۲۰۱۵). طرحواره های ناسازگار اولیه،مفهوم کلیدی طرحواره درمانی است(سمپرتگوی،کارمن،آرنتز و بکر [۱۵] ،۲۰۱۳).طرحواره های ناسازگار اولیه به عقاید منفی درباره خود،دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی اولین سال های زندگی بوجود بیاید(ویرجیل زیگلز-هیل،گرین،آرناو،سیسمور و مایرز [۱۶] ،۲۰۱۱).در واقع طرحواره های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت های شناختی فرد را تشکیل می دهند.این طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند(مالتبی و دی [۱۷] ،۲۰۰۴،تیم [۱۸] ،۲۰۱۰)

براساس مدل یانگ،طرحواره های ناسازگار(یا عقاید هسته ای منفی) به چارچوب شناختی ناکارآمد برای مشاهده خود و دیگران اشاره دارد که از ابتدا در پاسخ به رخدادهای ناسازگار کودکی ایجاد می شود و به صورت مداوم در سراسر زندگی فرد گسترش می یابد.یانگ برای ضرورت ابداع طرحواره درمانی دو علت ذکر می کند:

۱- با اینکه رویکردهای شناختی-رفتاری در درمان بسیاری از اختلالات بالینی پیشرفت قابل ملاحظه ای داشتند،اما بسیاری از بیماران به این نوع از درمان ها جواب نمی دادند(سلطان الکتابی،۱۳۹۳)

۲- رویکردهای شناختی-رفتاری کلاسیک به دلیل عدم موفقیت قابل توجه در درمان برخی اختلالات روانشناختی مزمن و مقاوم مثل اختلالات شخصیت،خودبیمارپنداری،اختلالات خلقی واضطرابی مزمن جای خود را به تدریج به رویکردهای درمانی جدیدتری داده اند که یکی از این رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن طراحی شد،طرحواره درمانی است

تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان دهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود (گارنسفکی، ون دیر کومار، کریج، تیرد و همکاران [۱۹] ، ۲۰۰۲). این سازه یک مفهوم پیچیده است که طیف گسترده ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی،رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی هشیار و ناهشیار را در بر می گیرد(گارنفسکی، کریج و اسپین هوئن [۲۰] ، ۲۰۰۱؛ گروس،۲۰۰۲) و به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانات اشاره دارد(گروس،۱۹۹۸). به عبارت دیگر واژه تنظیم هیجان مشتمل بر راهبردهایی است که باعث کاهش، حفظ و یا افزایش یک هیجان می شوند(گرمن، ون در لیندن و زرماتن آکرمونت،۲۰۰۶) [۲۱]. تنظیم هیجان را می توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آن ها را تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارند(گروس،۱۹۹۹). مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل،ارزیابی و تغییر واکنش های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می تواند فرد را در برابر

14 Early maladaptive schemas
15 Sempertegui,G.A.,Karreman,A.,Arntz,A.,Bekker,M.H.J.
16 Virgil Zeigler-Hill,Green,Arnau,Sisemore,& Myers
17 Maltby,J.& Day.L
18 Thimm,J.C.
19 Garnefski,Van-Der-Kommerm,kraaj,Teerds,Lederstee & Tein
20 Garnefski,Kraaj & Spinhoven.
21 Germann,Van-Der-Linden,d Acremont,Zermatten.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد(گارنفسکی و کریج،۲۰۰۳). بنابراین می توان گفت، تنظیم هیجان، عامل کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است(گارنسفکی و همکاران،۲۰۰۱؛گرانسفکی و کریج،۲۰۰۳) که در سازگاری با رویدادهای تنیدگی زای زندگی نقش اساسی ایفا می کند(تامپسون [۲۲]، ۱۹۹۴؛ گروس،۱۹۹۸؛ گروس،۲۰۰۲).تا جایی که باید گفت بر کل کیفیت زندگی فرد اثر می گذارد.یکی از متداول ترین این روش ها استفاده از راهبردهای شناختی است(مشهدی، میردورقی و حسنی،۱۳۹۱).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال های روانی رابطه مستقیم دارد(کریج، پریومیوم و گارنفسکی [۲۳]، ۲۰۰۲).تنظیم هیجان و مخصوصا راهبرد مثبت باز ارزیابی شناختی هیجانات باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه افراد می شود(جوهن و گروس، ۲۰۰۳)[۲۴]. بنابراین، درنتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای رو به رو شدن با موقعیت تنیدگی زا بر می گزینند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می شود(گارنسفکی و کریج، ۲۰۰۶).

باتوجه به اینکه رفتارهای خودآسیب رسان مانند خودکشی و خودزنی را می توان در گروه اختلال شخصیت مرزی قرار داد و همچنین طبق مصاحبه بالینی صورت گرفته و باتوجه به شرایطی که دارند می توان تشخیص اختلال شخصیت مرزی را داد. باتوجه به ارتباط خودزنی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت، می توان از طرحواره درمانی برای کاهش این رفتارها استفاده کرد و امیدواریم با اجرای این طرح درمانی بتوانیم رفتارهای آسیب به خود را در این افراد کاهش بدهیم تا بتوانیم از تشخیص اختلال شخصیت مرزی در مقاطع دیگر زندگی این افراد خودداری کنیم.

کلمه طرحواره درمانی در حوزه های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است.طرحواره به طور کلی به عنوان ساختار،قالب یا چهارچوب تعریف می شود.واژه طرحواره در روانشناسی و به طور گسترده تر در حوزه شناختی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند.علاوه بر این،ادراک از طریق طرحواره واسطه مندی می شود و پاسخ های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می کند.به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه را طرحواره می گویند.ویژگی مهم طرحواره ها از نظر یانگ این است که الگوها یا درونمایه های عمیق و فراگیری هستند، از خاطرات، هیجان ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند،در سیر زندگی تداوم دارند،درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند.بنابراین رفتارها از طرحواره ها نشات می گیرند ولی بخشی از طرحواره ها محسوب نمی شوند.هدف طرحواره درمانی بهبود در طرحواره هاست.(یانگ و همکاران،۲۰۰۳).

مبنای کار نظریه طرحواره، اصل هماهنگی شناختی است.افراد برانگیخته می شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم بخشند و تمایل دارند موقعیت ها را به گونه ای تفسیر کنند که طرحواره هایشان تایید شود.فریمن [۲۵] و فاسکو [۲۶] (۲۰۰۴) معتقدند که طرحواره ها مفروضه ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود در می آورند و در طول سالها زندگی فرد تحول یافته اند.طرحواره درمانگران به هنگام تدوین رویکرد مفهومی و درمانی خود، فلسفه ی تجربه پذیری [۲۷] و شمول [۲۸] را اتخاذ کردند.آن ها به دنبال دست یابی به یک مدل جامع هستند و در راستای گره گشایی از مشکلات درمان، هیچ گونه دغدغه خاطری ندارند که رویکرد آن ها در قالب شناختی – رفتاری، روان پویایی یا گشتالت تقسیم بندی شود. هدف عمده طرحواره درمانگران، این است که بیماران به طور معناداری تغییر کنند.چنین نگرشی، در آزادی بیمار و درمانگر راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک ها، تاثیر بسزایی دارد. علاوه بر این، هر درمانگری می تواند طرحواره درمانی را با سبک خودش تطبیق دهد و به کار گیرد.با این وجود طرحواره درمانی رویکرد التقاطی نیست که از طریق آزمون و خطا پیش برود، بلکه مبتنی بر یک نظریه منسجم و یکپارچه است. نظریه و راهبردهای درمانی در قالب یک مدل منظم و ساختارمند، به گونه ای دقیق با یکدیگر،هماهنگ شده اند(یانگ و همکاران،۲۰۰۳).

22 Thompson
23 Kraaj,pruymboom & Garnefski
24 John & Gross
25 Freeman,A
26 Fusco,G,M
27 Openness
28 Inclusion

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی می باشد که در آن طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. به طور کلی در ساختار این گونه طرح ها از دو گروه استفاده می شود که هر کدام دوبار و از طریق پیش آزمون و پس آزمون مورد مشاهده قرار می گیرند(هومن،۱۳۸۹).پژوهشگر برای تشکیل گروه ها افراد را از طریق نمونه گیری تصادفی در دو گروه معادل، یکی به عنوان گروه کنترل و دیگری به عنوان گروه آزمایش تقسیم کرده است. نمودار طرح به قرار زیر است: جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر رده سنی ۱۴ -۱۸ سال شهر مشهد که دارای رفتار خودزنی و یا خودکشی و اختلال شخصیت مرزی هستند و نمونه مورد مطالعه شامل دانش آموزان دارای ویژگی فوق که به مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد مراجعه کردند، می باشد. روش نمونه گیری از نوع در دسترس می باشد.بدین صورت که دانش آموزانی که در دامنه سنی فوق قرار دارند و به علت انجام رفتارهای یادشده به مرکز مشاوره ناحیه ۵ ارجاع داده شده اند پس از ارزیابی مصاحبه بالینی روانشناس مرکز و سپس انجام تست،تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه که هر گروه ۱۵ نفر است،جایگزین می شوند.

به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی های لازم با مسئول فنی و مدیر مرکز مشاوره آموزش و پرورش مشهد انجام شد و رضایت ایشان برای اجرای طرح پژوهشی جلب گردید.سپس طی جلسه ای هدف از اجرای طرح با مسئولین مرکز مطرح شد و چگونگی اجرای آن شرح داده شد و سپس از افرادی که ویژگی های ورود به پژوهش را داشتند و به مرکز مشاوره ارجاع داده شده بودند، مصاحبه بالینی گرفته شد. از افراد آزمون های فرم کوتاه طرحواره یانگ، افکار خودکشی بک و خودآسیب زنی سانسون و تنظیم هیجان گراس و جان گرفته شد و ۳۰ نفر انتخاب کردیم. سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به گروه آزمایش ۱۰ جلسه طرحواره درمانی به شیوه گروهی و هر جلسه ۹۰ دقیقه و هفته ای یکبار ارائه گردید. لازم به ذکر است که افراد گروه کنترل در طی این مدت در لیست انتظار قرار خواهند گرفت؛ پس از پایان ۱۰ جلسه طرحواره درمانی گروهی، آزمودنی های هردو گروه در مرحله پس آزمون مجددا تحت بررسی پرسشنامه ها و مصاحبه بالینی قرار خواهند گرفت.

ابزارهای مورد استفاده به شرح زیر بودند:

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF)

هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرحواره و سوال ها بر روی طیف ۶ درجه ای لیکرت(کاملا غلط تا کاملا درست) تنظیم شده است.اگر فرد در ۲ جمله نمره ۵ یا ۶ بگیرد، به احتمال زیاد آن طرحواره در ذهنش نقش بسته است.با پر کردن این پرسشنامه توسط آزمودنی ها،بیش ترین طرحواره های ناسازگار اولیه شناسایی و با کمک تکنیک های این رویکرد در راستای تغییر و اصلاح آن اقدام خواهد شد.اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی های روانسنجی این طرحواره ها را اسمیت،جونز،یانگ و تلچ(۱۹۹۵، به نقل از یانگ وهمکاران،۱۳۹۱) انجام دادند.ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۰ به دست آمد.این پرسشنامه را آهی(۱۳۸۵،به نقل از یوسف نژاد،شیروانی،پیوسته گر،۱۳۹۰) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه زنان۰/۹۷ و در گروه مردان۰/۹۸ گزارش کرده است.

بعد از انتخاب نمونه و تقسیم تصادفی آن ها،گروه آزمایش، طرحواره درمانی را به صورت گروهی، در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای،هفته ای یک جلسه دریافت می کنند.خلاصه ای از طرح درمان جلسات مشاوره گروهی در زیر آمده است.

جدول(۱) - خلاصه طرح جلسات طرحواره درمانی بصورت گروهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	پس از آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه،اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی صورتبندی شد.
جلسه دوم	شواهد عینی تاییدکننده یا رد کننده طرحواره براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار گرفت و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو شد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

جلسه سوم	تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای آموزش داده شد.
جلسه چهارم	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد،نیازهای هیجانی ارضانشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد.
جلسه پنجم	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شد.
جلسه ششم	تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویایی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شد.
جلسه هفتم	رابطه درمانی،رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد.
جلسه هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد.
جلسه نهم	مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد.
جلسه دهم	مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد.

پرسشنامه افکارخودکشی بک [29]

پرسشنامه ای خودسنجی است که دارای ۲۲ مولفه بوده و در ویراست زبان انگلیسی این آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و۰/۸۵ به ترتیب برای بیماران بستری و سرپایی گزارش شده است و این حاکی از همسانی درونی بالای این مقیاس است.ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته در یک گروه ۶۰ نفره بیمار بزرگسال بستری۰/۵۴ گزارش شده است.پایین بودن میزان این ضریب حاکی از کاهش قابل ملاحظه افکار خودکشی در این نمونه به دلیل درمان انجام شده است.

پرسشنامه خود آسیب زنی SHI

نسخه اولیه این پرسشنامه یک ابزار ۴۱ آیتمی است که انواع رفتارهای خودتخریبی را مورد بررسی قرار می دهد.شیوه درجه بندی نمرات به صورت بله و خیر بوده و به پاسخ های بله نمره یک داده می شود و نمره کل نیز از جمع این نمرات حاصل می شود.مطالعات نشان داده اند که این پرسشنامه از اعتبار افتراقی و سازه خوبی برخوردار است.در مطالعه حاضر از نسخه تجدید نظرشده این پرسشنامه که دارای ۲۲ گویه است استفاده شد که این نسخه نیز به زبان های مختلف ترجمه شده و ویژگی های روانسنجی آن مورد تایید قرار گرفته است.در مطالعه حاضر،این ابزار ابتدا توسط دو روانشناس دارای درجه دکتری به فارسی ترجمه شده و سپس توسط یک روانشناس بالینی دیگر به انگلیسی بازترجمه شد و برخی اصلاحات در آن ایجاد شد.آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در این مطالعه ۰,۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان

این مقیاس از ۱۰ گویه تشکیل شده است که دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرو نشانی (۴ گویه) است. پاسخ ها بر روی مقیاس لیکرت هفت درجه ای از کاملا مخالفم (۱) تا کاملا موافقم (۷) قرار دارند. این مقیاس در فرهنگ ایرانی هنجاریابی شده است که اعتبار مقیاس براساس همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰,۶۰ تا ۰,۸۰) و روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مولفه های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین دو خرده مقیاس و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است(قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه مهارت های ارتباطی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰,۷۴ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی قابل قبول این آزمون است.

یافته‌ها

در مرحله پس آزمون، میانگین نمرات کلی تنظیم هیجان در گروه آزمایش کاهش یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات کلی تنظیم هیجان تفاوت معناداری مشاهده شد ($R<0.05$). به این صورت که اندازه اثر آموزش طرحواره درمانی بر افزایش تنظیم هیجان بود (جدول ۲).

جدول (۲): میانگین آماری نمرات کلی تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر)

[29] Beck Scale for Suicide Ideation

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	تنظیم هیجان	۱۵	۳,۰۴	۰,۴۰
کنترل	تنظیم هیجان	۱۵	۱,۰۷	۰,۷۶

و در بعد طرحواره های ناسازگار اولیه، براساس جدول ۳، می توان مشاهده کرد که طرحواره درمانی موجب بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه در بعد بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت های مختل، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی و بازداری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. ($R<0.05$)

جدول (۳): میانگین آماری نمرات کلی حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه در دو گروه آزمایش و کنترل (هرگروه ۱۵ نفر)

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	بریدگی و طرد	۱۵	۱,۸۶	۰,۵۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۱۵	۰,۹۳	۰,۷۰
	محدودیت مختل	۱۵	۰,۶۰	۰,۷۳
	دیگر جهت مندی	۱۵	۰,۳۳	۰,۴۸
	گوش به زنگی و بازداری	۱۵	۰,۶۶	۰,۶۱
کنترل	بریدگی و طرد	۱۵	۲,۳۳	۰,۷۲
	خودگردانی و عملکرد مختل	۱۵	۱,۱۶	۱,۱۱
	محدودیت مختل	۱۵	۱,۰۰	۰,۷۵
	دیگر جهت مندی	۱۵	۰,۶۰	۰,۵۰
	گوش به زنگی و بازداری	۱۵	۱,۰۰	۰,۹۲

باتوجه به نتایج جدول می توان مشاهده کرد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین کمتری را در حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل کسب کرده اند و این مساله نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی می باشد. تحقیقات نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص و شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته / گرفتار موثر بوده است و مقایسه میانگین های گروه آزمایش و کنترل در میانگین و خطای استاندارد این طرحواره ها، موثر بودن طرحواره درمانی را تائید می کند.

جدول (۴): تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون طرحواره درمانی بر بهبود زیر مجموعه طرحواره های ناسازگار اولیه

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رها شدگی / بی ثباتی	۹,۱۳	۱	۹,۱۳	۴,۸	۰,۰۰۰
بی اعتمادی / بدرفتاری	۴,۳۱	۱	۴,۳۱	۵,۵۵	۰,۰۰۲
محرومیت هیجانی	۰,۸۳	۱	۰,۸۳	۱,۱۵	۰,۰۰۳
نقص / شرم	۱,۲۰	۱	۱,۲۰	۲,۳۱	۰,۰۰۴
انزوای اجتماعی/	۰,۵۳	۱	۰,۵۳	۲,۲۸	۰,۱۲۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

بیگانگی					
وابستگی / بی کفایتی	**۲,۸۹**	**۱**	**۲,۸۹**	**۲,۲۲**	**۰,۰۲**
آسیب پذیری نسبت به ضرر	**۳,۲**	**۱**	**۳,۲**	**۴,۲۳**	**۰,۰۰۰**
خود تحول نیافته / گرفتار	**۲,۲۳**	**۱**	**۲,۲۳**	**۳,۳۴**	**۰,۰۰۰**
شکست	**۱,۴۷**	**۱**	**۱,۴۷**	**۳,۳۴**	**۰,۱۲**
استحقاق / بزرگ منشی	**۴,۱۲**	**۱**	**۴,۱۲**	**۲,۱۲**	**۰,۰۰۲**
خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی	**۲,۴۳**	**۱**	**۲,۴۳**	**۲,۰۱**	**۰,۰۰۰**
اطاعت	**۱,۱۲**	**۱**	**۱,۱۲**	**۱,۲۳**	**۰,۱۳**
ایثار	**۱,۱۳**	**۱**	**۱,۱۳**	**۱,۸۷**	**۰,۱۴**
پذیرش جویی / جلب توجه	**۴,۲۳**	**۱**	**۴,۲۳**	**۳,۴۴**	**۰,۰۰۰**
منفی گرایی / بدبینی	**۵,۳۴**	**۱**	**۵,۳۴**	**۳,۲۳**	**۰,۰۰۰**
بازداری هیجانی	**۵,۱۲**	**۱**	**۵,۱۲**	**۲,۴۵**	**۰,۰۰۰**
معیارهای سرسختانه	**۴,۲۳**	**۱**	**۴,۲۳**	**۲,۲۸**	**۰,۰۰۲**
عیب جویی افراطی	**۳,۵۴**	**۱**	**۳,۵۴**	**۱,۹۸**	**۰,۰۰۳**
تنبیه	**۳,۳۴**	**۱**	**۳,۳۴**	**۴,۴۵**	**۰,۰۰۰**

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان بر رفتارخودکشی و خودزنی دختران نوجوان دارای اختلال شخصیت مرزی بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد بوده است. نتایج نشان داد که این نوع درمان منجر به افـزایش معنـادار تنظیم هیجان و بهبود طرحواره های ناسازگار در افراد گروه آزمایش شده است. با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقی کـه بـه اثـر بخشـی طرحـواره درمانی بر تنظیم هیجان و بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه رفتار این افراد باشد یافت نشد، لذا در تبیین نتایج سعی شد تـا بـه نزدیـک تـرین تحقیقات مرتبط با پژوهش حاضر اشاره شود.نتایج به دست آمده از فرضیه مذکور با نتایج تحقیقات دیگر مطابقـت و همخـوانی دارد. باتوجـه بـه ارتباط خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B و همچنین تکانشگری بودن این شخصیت ها، طرحواره درمانی درمان رایج و مناسـبی برای این دسته از افراد است(همسو با نتایج آوخ کیسمی و همکاران، ۱۳۹۲).اختلال شخصیت مرزی دارای یک الگوی فراگیر بی ثباتی در روابط بین فردی، خود ویرانگر عواطف است، مشخصه اصلی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است (لینهان، ۱۹۹۳)؛ ایـن مطلـب همسو با نتایج این پژوهش است که بی ثباتی هیجانی و مشکل در تنظیم هیجان در افراد خودکش و خودزن دیـده مـی شـود. افـراد درگیـر بـا خودزنی و خودکشی هم مانند این افراد به نظر می رسد تقریبا همیشه اوقات در یک حالت بحران به سر می برند، نوسانات خلقی در آن ها بسیار شایع است. ماهیت دردناک زندگی این بیماران در رفتارهای خود – ویرانگر تکراری آنان منعکس مـی شـود؛ از جملـه افـراد مبـتلا بـه اخـتلال شخصیت مرزی، ممکن است به خودزنی و آسیب رساندن به خود اقدام کننـد و از ایـن طریـق بتواننـد کمـک دیگـران را جلـب کننـد. رفتـار و افکارخودکشی گرای نوجوان، احساسات منفی ونا امیدی وازدست دادن کنترل خود است. احساس گناه شدید، احساس تنهایی وبـی کسـی وبـی پناهی ،فقدان حمایت از نوجوان، ناتوانی درکنترل فشارهای وارده ، ناتوانی درکنترل احساسات ورشدنیافتگی وعدم آمادگی برای مقابله بامشکلات پیش روی نوجوان مهمترین دلایلی است که ممکن است اورابه فکر یاعمل خود کشی وادارمی سازد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

یکی از مداخلات سودمند، طرحواره درمانی است که توسط یانگ(۲۰۰۳) مطرح شده است. اگرچه در ابتدا هدف اصلی طرحواره درمانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت بودند، اما به تدریج تکنیکهای این مدل درمانی برای بسیاری از مشاهدات دیگر نیز به کار گرفته شد. در زمینه اثربخشی و کارآیی این تکنیکها، پژوهشهایی نیز صورت گرفته است. (یانگ، ۲۰۰۷). وی مدلی را در مورد رفتارهای این افراد ارائه کرده است که به ویژه در فهم ذهنیت های ناگهانی و ناخوشایند هیجانی در این بیماران مفید است.یانگ (۱۹۹۹) این فرض را مطرح ساخت که برخی از طرحواره ها، به ویژه طرح واره هایی که در دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می گیرند، ممکن است هسته مرکزی رفتارهای خودزنی و خودکشی، مشکل های خصیصه ای خفیف تر و بسیاری از اختلال های دیرپای محور یک را تشکیل دهند و یا حتی منجر به ایجاد اختلال های شخصیت در سنین بالای ۱۸ سال شوند. وی این زیرمجموعه از طرح واره ها را طرح واره های ناسازگار اولیه نام گذاری کرد (حمیدپور،۲۰۰۰)

این رویکرد درمانی برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تاکید می کنند، بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. یانگ ۱۸ طرح واره ناسازگار اولیه و مکانیسم های مقابله ای ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می شوند. در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد درارضای نیازهای بنیادین خود می گردد را معرفی کرده است. آرنتز و همکاران (۲۰۰۵) [30] در زمینه درمان تجربی ذهنیت طرحواره در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پژوهشی انجام داده اند که نتایج آنها نیز بیانگر موثر بودن این روش درمان در این گروه از بیماران بوده است.هاوک (۲۰۱۱) [31] معتقد است طرحواره درمانی می تواند به طور موفقیت آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت موثر واقع شود. همچنین هاوک و پرونچر(۲۰۱۱) [32] نشان دادند که طرح واره درمانی گروهی به نظر می رسد در بهبودی و کاهش نشانه ها سریع تر از طرح واره درمانی فردی است. مهدوی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف تعیین فراوانی خودزنی و رابطه آن با اختلال شخصیت در سربازان؛ فراوانی خودزنی در افراد بیمار را ۶۳,۳٪ در افراد سالم (گروه شاهد) ۶,۷ ٪ گزارش کردند. در بین سربازان گروه بیمار با سابقه خودزنی، ۷۸,۹ ٪ صفات یا اختلال شخصیت کلاستر B داشتند که نشان دهنده ارتباط معنی دار بین آن دو بود.در مطالعه ای که فارسی و همکارانش (۲۰۱۲) بر روی ۳۰۱ نفر از سربازان ارتش در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ انجام دادند؛ به بررسی ارتباط بین افسردگی با سابقه خودزنی پرداختند. این مطالعه نشان داد که بین خودزنی و افسردگی ارتباط معنی داری وجود ندارد.فراوانی خودزنی در این مطالعه ۵٪ به دست آمد. در مطالعه ای توسط سمنانی و همکاران (۱۳۸۵) ، نشان داد که رفتارهای خودزنی تکرار شونده مانند افراد پژوهش ما ارتباط تنگاتنگی با اختلال شخصیت مرزی دارند و در مطالعه ای که توسط کلونوسکی [33] و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۱۹۸۶ نفر از سربازان تازه استخدام نیروی هوایی آمریکا انجام شد و(۶۲ ٪ مرد بودند) افراد دارای سابقه و بدون سابقه خودزنی از نظر شخصیت روانشناسی مورد مقایسه گرفتند. در حدود ۴ ٪ از شرکت کنندگان سابقه خودزنی گزارش کردند که این افراد در مقایسه با شرکت کنندگان بدون سابقه خودزنی دارای علائم اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، اختلال شخصیت وابسته و اختلال شخصیت اجتنابی (دوری گزین) بودند و علایم اضطراب و افسردگی را بیشتر از خودشان دارند. این مطالعه بیان کرد، افرادی که مبادرت به خودزنی می کنند، بیشتر از سایرین دارای اختلال شخصیت هستند.

حسینی و همکارانش (۲۰۰۸) مطالعه ای بر روی ۱۵۰ نفر از کارکنان بیمار بستری و مراجعین سرپایی نظامی که خودزنی کرده و به یک بیمارستان روان پزشکی نظامی مراجعه کرده بودند، انجام دادند. آن ها دریافتند که بیشتر بیماران خودزن، مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۷۴٪) و سپس اختلال شخصیتی ضداجتماعی (۸٪) بودند. همچنین بیشتر بیماران خودزن دارای علائم خودزنی قبلی (۸۵,۱٪) بودند.آنها نتیجه گیری کردند بیشتر این بیماران که دارای سابقه خودزنی بودند، از نظر احتمال انجام خودزنی قابل پیش بینی هستند و پیشنهاد دادند که آموزش کادر نظامی در پادگان ها در راستای برخورد و تشخیص بیماری و بالا بردن سطح آگاهی فرماندهان و همچنین از میان برداشتن موانع قانونی و حقوقی که سد راه درمان این بیماران است، راهکاری مناسب جهت تشخیص زودتر این اختلال و بروز کمتر و خفیف تر آن است. کورن بلام [34] و همکارانش در مطالعه طولی نوجوانان تورنتو ملاک های DSM را جهت سنجش و ارزیابی ۷۲ شرکت کننده از یک نمونه مبتنی بر جامعه در ۱۳،۱۶و ۱۸ سالگی به کار برده اند. محققان مذکور در این مطالعه پی بردند که اختلال های شخصیتی در نوجوانان با سطوح بالایی از نابسامانی و آشفتگی روانی رابطه دارد(به نقل از محسن گلپرور، ۱۳۸۰). برنشتاین [35] و همکاران او از یک نمونه بزرگ برای نشان دادن این

30 Arntz
31 Hawke
32 Provencher
33 klonsky
34 korenblum
35 Bernsteine

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

نکته که نوجوانان مبتلا به اختلال های شخصیت، آشفتگی اجتماعی، مشکلات تحصیلی، تماس و برخورد با پلیس و مشکلات کاری بیشتری دارند، استفاده کرده، نتایجی مشابه نتایج کورن بلام و همکاران او به دست آوردند. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می دهد که در سال های اخیر، تحقیق درباره اختلال های شخصیتی نوجوانان با استفاده از نمونه های بالینی افزایش یافته است. البته بسیاری از این مطالعات به طور وسیع بر اختلال شخصیت مرزی متمرکز بوده اند و یا اختلال های شخصیت را به طور ثانوی نسبت به اختلال های دیگر بررسی کرده اند؛ نتایج آنها نشان می دهد که اختلال های شخصیت در نوجوانی با سطوح بالایی از افسردگی، خشم، تجزیه شدگی، تحریف های شناختی، خودکشی کامل یا قصد خودکشی، پاسخ ضعیف به درمان، صفات شخصیتی مانند هیجان خواهی، پرخاشگری، روان رنجور خویی، اعتماد به نفس پایین و ناامیدی همراه است. مطالعات یاد شده همچنین نشان داده که اختلال های شخصیتی در نوجوانی از نظر وقوع و از نظر رخداد طبق الگوی خانوادگی، با رخداد و الگوهای خانوادگی در بزرگسالان مشابه است. پژوهشگرانی که به این نتایج دست یافته اند بر پایه همین یافته ها معتقدند که می توان اختلال شخصیت را در نوجوانی تشخیص داد و در عین حال بر اعتبار تشخیصی ملاک ها نیز تکیه کرد. به طور کلی یافته های فوق تائید می کند که خودزنی و خودکشی با اختلال شخصیت کلاستر B رابطه دارد و با توجه به تکانشگری بودن این شخصیت ها (که نشان دهنده مشکلات عملکردی و عدم حل مسائل این افراد است) می توان با طرحواره درمانی آسیب های ناشی از آن جلوگیری کرد.طرحواره درمانی به صورت گروهی بر کاهش رفتارهای خودزنی و خودکشی در دانش آموزان دختر بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد موثر است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش و همچنین دانش آموزان گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

References:

Atalay H, Atalay F,Karahan D,Caliskan M.Early maladaptive schemas acti-vated in patients with obsessive - compulsive disorder: a cross - sectional study . International Journal of Psychiatry in Clinical Practise,2008, 12(4),268–279

Favazza AR,Rosenthal RJ.Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital & community psychiatry. 1993:44(2):134-140

Herpertz S.Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of selfinjurers. Acta psychiatrica Scandinavica.1995:91(1):6-57

Johnson j,cohen p,smailes E,kasen S,oldman j,skodol A et al.adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. American journal of psychology.2000.(157).1406 – 1412.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. The American journal of psychiatry. 2003;160(8):1501-1508

Pattison E, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. The American journal of psychiatry.1983;140(7):867-872.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Shaffer D, Jacobson C. Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. (NSSI) as a DSM–V disorder. [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2009. [Undated; 2013 June 5]. Available from: http://www.dsm5.org/ Pages/Default.aspx

Weston S,siever L.Biological of personality disorders. J.The epidemiology of personality disorders : an update . j of personality disorder.1993. N 15. 441 – 462.

Panaghi L, Ahmadabadi Z, Peiravi H, Abolmasoomi F. Suicide trend in university students during, 2003 to 2008. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2010; 16(2):8798. [Persian]

Ahi Gh,Standardization of the Yang Short Form Incompatible Schema Questionnaire, M.Sc. Thesis, Allameh Tabatabai University, Tehran,2006. [Persian]

Ahi Gh, Normative Finder of the Young Schema Questionnaire Short Form, Investigating Factor Structure among Students of Tehran Universities in the academic Year 2004-2005, Masters Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University,2005. [Persian]

Azad H, Psychopathology, Tehran: Ba'ath Publishing Institute.2000. [Persian]

Avokhkismi F,Mahdavi F,Ebrahimi M. Determining the Relationship between Self-Suffering and Personality Disorder in Soldiers, Ibn Sina Journal of Research Learn to pronounce, Department of Health and Human Services of Naja / Year 14, No. 4, Winter 2013, Machine Gun 45. [Persian]

Bermas H, The Effectiveness of Schema Therapy on the Level of Resilience of Women at Divorce Divorce in Tehran, MA Thesis,2016. [Persian]

Jahangiri M,Salehi M, Ashayeri H,Pashasharifi H.The Effectiveness of Schema Therapy on Adjustment of Early Maladaptive Schemas in Patients With Resistance to Algebraic Obsessive-Compulsive Disorder; Journal of Psychology and Psychiatry Cognition Second Year, No. 2, p27-13.2014. [Persian]

Hamzezade F,A Comparative Study of the Factors Related to Borderline Personality Disorder and Based on Yang Schema at Dr. Lavasani Psychiatric Center in 2011, MSc Thesis,2011. [Persian]

Hasani j,Miraghae A.The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Suicide Ideation, Contemporary Psychology, 7 (1) .61-72.2012. [Persian]

Semnani y,Saghatoleslam T,Shahpoori H.Suicidal and obsessive-compulsive behaviors in patients with borderline personality disorder, Journal of Forensic Medicine, Volume 12, Number 1, Spring 85, 25 – 29.2003. [Persian]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

Golparvar M,Prevalence and Diversity of Personality Disorder Symptoms in Isfahan High School Male Students in Isfahan Education Research Council, 80-79,2001. [Persian]

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]

THE EFFECTIVENESS OF GROUP SCHEMA THERAPY ON IMPROVING EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND EMOTION REGULATION IN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER INDIVIDUALS WITH SUICIDAL AND SUICIDAL BEHAVIORS OF ADOLESCENT GIRLS BETWEEN 14 AND 18 YEARS OF MASHHAD

Masood Ahvan[36],Atefeh ghovati[37]mohamad yaghobi[38]

Abstract

Background & Aims: The purpose of this study was to determine the effectiveness of Schema Therapy group training on improving early maladaptive schemas and emotion regulation in people with borderline personality disorder with suicidal and suicidal behavior of adolescent girls between 14-18 years.

Materials & Methods: The present study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. In order to conduct the research, after coordinating with the counseling center, a meeting was held to identify and engage student girls, including self-harm behaviors. Then, the Young Schema Short Form Questionnaire (YSQ -SF), Beck Suicide Thought Questionnaire (BSS), Samson Self-Injury Questionnaire (SHI), and Grass and John Emotion Regulation Questionnaire were administered to them, and 30 female students who completed the study conditions. They were selected and randomly divided into control and experimental groups. Thus, Schema Therapy was conducted in 10 sessions of 90 minutes per group and after the sessions, the questionnaires were again completed by the experimental and control groups. Multivariate analysis was performed for groups.

Results: The results showed that Schema therapy group training had an effect on early maladaptive schemas and emotion regulation.

Conclusion:Group Schema Therapy training, due to the effects of cognitive techniques, has led to the improvement of early maladaptive schemas and emotion regulation. The other is the increased orientation and area of the ear to excessive buzz and inhibition and emotion regulation of the experimental group.

Key Words:Self-harm, Suicide, Borderline Personality Disorder, Early Maladaptive Schema, Emotion Regulation, Schema Therapy

[36] PhD student, Family Counseling, Islamic Azad University, Bojnourd Branch (Corresponding Author)

[37] M.Sc. Student, Public Psychology, Hekmat Razavi Higher Education Institute

[38] M.Sc, Family Counseling, Islamic Azad University, Quchan Branch

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-12]